

EMBARAZO ECTÓPICO

AUTORES:

Mohamed Addi ()*

*José Santiago-Cuadri Artacho (**)*

*José Antonio Navarro Repiso (**)*

(*) Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología. Especialista en Educación para la Salud. Clínica Media Luna Roja. Tetuán.

() Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Cruz Roja-INSALUD. Ceuta.**

Dirección Correspondencia: Mohamed Addi. Apartado Postal 595.

51080-CEUTA

Tf: 956-512748

EMBARAZO ECTÓPICO

ÍNDICE:

I. EPIDEMIOLOGÍA

I.1. Concepto e incidencia.

I.2. Localización.

I.3. Etiología.

I.4. Factores de riesgo.

II. PATOLOGÍA DEL EMBARAZO TUBÁRICO

III. DIAGNÓSTICO

III.1. Clínica

III.2. Exploración general y ginecológica.

III.3. Exploraciones complementarias.

IV. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

V. TRATAMIENTO

VI. CONDUCTA DEL MÉDICO DE URGENCIAS ANTE LA SOSPECHA DE EMBARAZO ECTÓPICO

VII. ALGORITMO DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

VIII. BIBLIOGRAFÍA

IX. PRUEBA DE EVALUACIÓN

IX.1. Cuestionario

IX.2. Respuestas

I. EPIDEMIOLOGÍA

I.1. CONCEPTO E INCIDENCIA

El Embarazo Ectópico (E.E.) se define como, la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Se da exclusivamente en la especie humana y en los primates de experimentación. Representa una de las causas más importantes de abdomen agudo en ginecología y la principal causa de muerte materna, en el primer trimestre del embarazo (alrededor del 10%).

Su *incidencia* es del 1/200-300 embarazos. Con el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida (TRA), en las últimas décadas, se ha registrado una tendencia al aumento en los países desarrollados. En EE.UU ha pasado del 4'5 al 19'7 por mil, entre 1970 a 1992, debido por una parte al desarrollo de las técnicas de detección precoz, y por otra, al aumento de prevalencia de los factores de riesgo entre la población.

En cuanto a la *edad*, afecta en el 48'2% a mujeres entre los 30-39 años y en el 36'8% entre los 20-29 años, representando las nulíparas el 34'4% y las que han tenido 1-2 hijos el 23,6%.

I.2. LOCALIZACIÓN:

A / Embarazo Tubárico	98,3 %
a. Ampular	79,6 %
b. Ístmico	12,3 %
c. Fímbrico	6,2 %
d. Intersticial	1,9 %
B / Embarazo Extratubárico	1,7 %
a. E. Ovárico: intrafolicular o intersticial	0'15 %
b. E. Abdominal: primario o secundario	1'4 %
c. E. Cervical	0'15 %

I.3. ETIOLOGÍA

Está determinada por todos aquellos factores que impiden o dificultan la migración normal del huevo hacia la cavidad uterina. Se pueden distinguir entre:

A / FACTORES TUBULARES: pueden ser debidos

- a. *Enfermedad inflamatoria pélvica* (E.I.P.), y dentro de ella la causada por la salpingitis gonocócica y la TBC genital (asintomáticas en el 80-90% de casos), y las salpingitis postabortivas. Deterioran la actividad ciliar y la motilidad tubárica, y generan adherencias en la mucosa tubárica que conducen a la estenosis.
- b. *Cirugía tubárica contra la infertilidad* y cirugía conservadora de ectópico previo.
- c. *Cirugía tubárica para la esterilidad permanente*, sobre todo si es por electrocoagulación.
- d. *Endometriosis Tubárica*: favorece la nidación precoz.
- e. *Anomalías congénitas*: hipoplasias (observada en la exposición intraútero al dietilestilbestrol) o trompas excesivamente largas y tortuosas.
- f. *Alteraciones funcionales* del peristaltismo tubárico o de la actividad ciliar, debidas tanto a la hipocontractibilidad como al espasmo tubárico.

B / FACTORES OVULARES: aquellos que conducen a la:

- a. *Nidación precoz del huevo*, bien sea debido a huevos excesivamente pesados que maduran con rapidez y no pueden progresar, o al desprendimiento precoz de la capa pelúcida del huevo capacitando la implantación.
- b. *Transmigración*: se ha sugerido la posibilidad de la Hiper migración del huevo y su implantación en la trompa contralateral. En el 20% de los casos el cuerpo lúteo se encuentra en el ovario contralateral al de la implantación. Dicha Hiper migración puede ser:
 - > *Hiper migración externa*: cuando la trompa homolateral está ocluida.
 - > *Hiper migración interna*: cuando el óvulo captado, es fecundado, alcanza la cavidad uterina y progresa hacia la trompa contralateral donde se implanta.
- c. *Técnicas de Reproducción Asistida* (TRA): de todos los embarazos clínicos resultantes de las TRA, el 5 – 5,7% fueron ectópicos y el 1% fueron embarazos heterotópicos (coexistencia simultánea de un embarazo ectópico y otro eutópico), debido a la hiperestimulación ovárica y a las implantaciones múltiples resultantes de la transferencia de varios embriones. Estas tasas incluyen todas las formas de TRA: *fecundación in vitro* (FIV), *transferencia intrafalopiana de gametos* (GIFT) y *transferencia intrafalopiana de cigotos* (ZIFT).

Algunos autores afirman que la implantación ectópica está estrechamente ligada a la *insuficiencia del cuerpo lúteo*, y que esta insuficiencia es un factor patogénico común a muchas anomalías de la reproducción, entre ellas algunas cromosomopatías y abortos. La ovulación retrasada como causa de una *hipermadurez preovulatoria* se considera común denominador en la etiología de estas entidades. Según estas observaciones, se establecen dos modalidades etiopatológicas del embarazo ectópico: *Ectópico enfermedad* y *Ectópico accidente*.

I.4. FACTORES DE RIESGO:

Las alteraciones patológicas tubáricas demostradas, como el antecedente de cirugía, infección pelviana o la endometriosis, constituyen los factores de riesgo más sólidos del embarazo ectópico. Recogemos a continuación los antecedentes más importantes (cuadro 1), informados recientemente, con el riesgo relativo que representan:

Cuadro 1: Factores de riesgo del embarazo ectópico

<i>Factores de riesgo</i>	<i>Riesgo relativo</i>
Cirugía tubárica previa	21.0
Esterilización tubárica	9.3
Embarazo ectópico previo	8.3
Exposición intrauterina a dietilestilbestrol (DES)	5.6
Uso de dispositivos intrauterinos (DIUs)	4.2
Cirugía pelvina previa	0.9-3.8
Infertilidad previa	2.5
Infección pelviana previa	2.5-3.7
Promiscuidad sexual	2.1
Tabaquismo	2.3-2.5
Duchas vaginales	1.1-3.1
Edad del primer coito < de 18 años	1.6

II. PATOLOGÍA DEL EMBARAZO TUBÁRICO:

El *embarazo tubárico* es el más representativo de la implantación ectópica, dependiendo su curso clínico, en gran parte, de la localización topográfica de la misma. En algunas

ocasiones, la interrupción del embarazo es tan precoz, que se resuelve por *reabsorción espontánea*, sin llegar a dar manifestaciones ni de amenorrea. Lo habitual, sin embargo, es que progrese hasta el segundo o tercer mes del embarazo.

Una vez implantado el huevo en la trompa, las vellosidades invaden rápidamente el endosalpinx, alcanzando la pared tubárica y el peritoneo. Esta penetración va acompañada de una proliferación vascular y de un hematoma peritubárico o *hematosalpinx*, que a menudo afecta la trompa contralateral, y que se propaga hacia el extremo distal de la trompa, entre la pared y la serosa. A partir de aquí, puede evolucionar hacia él:

A / ABORTO TUBÁRICO: el huevo carece de vellosidades suficientes y está implantado en el segmento distal de la trompa. Se atrofia y se desprende, y es expulsado por el orificio peritoneal de la trompa. Esta expulsión suele ir acompañada de hemorragia moderada, que ocupa el fondo de saco de Douglas formando *hematocele*. En raras ocasiones puede convertirse secundariamente, en embarazo abdominal. El aborto tubárico se da con más frecuencia en la implantación ampular y fimbriada de la trompa.

B / ROTURA TUBÁRICA: las vellosidades son suficientes y enérgicas, pero el aumento de la presión intratubárica llega a dificultar el riego sanguíneo de la trompa, lo que produce *necrosis tisular* que conduce a la ruptura por corrosión vascular (no por estallido). Esta rotura suele acompañarse de hemorragia intensa, que da lugar al *hemoperitoneo* y al *shock hipovolémico*, ya que suele afectar la anastomosis de las arterias tubáricas con la uterina ascendente. La rotura tubárica se da con más frecuencia en la implantación ístmica e intersticial de la trompa.

La *metrorragia* se manifiesta generalmente antes de la rotura, debido a la insuficiencia placentaria (esteroidogénesis reducida), que precede las manifestaciones clínicas. Es generalmente escasa y se acompaña a menudo de una proliferación endometrial atípica, denominada *Reacción Arias Stella*, constituida por una decidua que carece de vellosidades. En ocasiones (5-10% de casos) esta decidua es expulsada “en molde”, lo que simula la expulsión de restos abortivos.

C / ECTÓPICO VIABLE: lo habitual del embarazo ectópico es que progrese hasta el segundo o tercer mes, momento en que se interrumpe, y rara vez llega a ser viable. Sin embargo, el embarazo abdominal ha dado lugar ocasionalmente a fetos vivos, con tasas de morbilidad y mortalidad materna y fetal altas.

III. DIAGNÓSTICO:

El *diagnóstico de sospecha de E.E.* se establece, hasta demostrar lo contrario, en toda mujer sexualmente activa, en edad fértil, que consulta por metrorragia irregular y dolor en la parte baja del abdomen, sobre todo si tiene antecedentes de riesgo.

Sin embargo, el desarrollo de nuevas técnicas sensibles de determinación de β -HCG y la ecografía transvaginal de alta resolución, han revolucionado el proceso diagnóstico y han permitido el diagnóstico temprano y preciso del embarazo ectópico, antes de dar sintomatología clínica.

III.1. CLÍNICA

El embarazo *ectópico accidentado* no precisa mucha pericia diagnóstica. La paciente suele presentar un cuadro de *shock hipovolémico* y *dolor abdominal agudo*, confirmándose el diagnóstico en quirófano, previa punción fondo de saco de Douglas. Sin embargo, es más complejo confirmar el diagnóstico de sospecha en un ectópico en evolución.

Las manifestaciones clínicas del embarazo *ectópico no accidentado* en evolución, se caracterizan en el 90% de los casos por *pérdidas hemáticas irregulares* y *dolor abdominal*. Estos síntomas inespecíficos, que también pueden observarse en otros procesos ginecológicos, tienen la particularidad:

A / METRORRAGIAS IRREGULARES: suelen ser de carácter escaso y continuo, otras veces intermitente, y suelen ir precedidas de un retaso menstrual no superior a 2-3 semanas en el 75-90% de los casos, aunque muchas veces la paciente lo confunde con la menstruación. Puede o no ser acompañado de dolor vago en hipogastrio.

B / DOLOR ABDOMINAL: referido como de tipo constante y con exacerbaciones, de intensidad leve a moderada, según la fase evolutiva del cuadro, y en general se localiza en la parte baja del abdomen con predominio en una de las fosas ilíacas.

El dolor grave “en puñalada” que se irradia a la región sacra y en ocasiones al hombro, puede ser indicativo de *rotura del ectópico*, especialmente si se acompaña de síntomas y signos de *shock hipovolémico*, que no guarda relación con la metrorragia habida.

La *implantación ectópica extratubárica*, aunque rara, obstaculiza el proceso diagnóstico. Un embarazo ovárico es difícil de distinguir de un quiste hemorrágico de cuerpo lúteo, incluso durante el acto quirúrgico.

III. 2. EXPLORACIÓN GENERAL Y GINECOLÓGICA

La exploración general y las constantes vitales nos pueden revelar, la existencia de signos de anemia, su intensidad y el grado de estabilidad hemodinámica de la paciente. La exploración ginecológica revela la existencia de:

- a. *Hipersensibilidad abdominal*, que se da en el 80-95 % de las pacientes. El abdomen está blando, sensible, pero sin defensa refleja. Cuando hay hemoperitoneo, hay signos de matidez, sin signo de oleada.
- b. *Hipersensibilidad anexial*, en el 75-90 de los casos, y la movilización del cuello uterino suele ser dolorosa. Se puede percibir el *Douglas ocupado y doloroso*, cuando hay hematocele.
- c. *Tumoración anexial palpable*, en el 50% de las pacientes, pudiendo haber en el 20% de los casos, masa anexial en el lado contralateral al del ectópico, que suele corresponder a un quiste de cuerpo lúteo.
- d. *Útero ligeramente aumentado*, en el 20-30% de casos.

Cuadro 2: Síntomas y Signos del Embarazo Ectópico

<i>Síntoma</i>	<i>Porcentaje de E.E. con síntomas</i>	<i>Signo</i>	<i>Porcentaje de E.E. con signos</i>
Dolor abdominal	90-100	Hipersensibilidad anexial	75-90
Amenorrea	75-95	Hipersensibilidad abdominal	80-95
Hemorragia vaginal	50-80	Tumor anexial (20% en el lado contralateral al E.E.)	50
Mareo, síncope	20-35	Crecimiento uterino	20-30
Urgencia para defecar	5-15	Cambios ortostáticos	10-15
Síntomas gestacionales	10-25	Fiebre	5-10
Expulsión de tejido	5-10		

III.3. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Establecido el diagnóstico clínico de sospecha, se debe realizar un test de embarazo, junto a la analítica general y la determinación del grupo sanguíneo, que nos puede mostrar un descenso del hematocrito. Si la prueba de embarazo resulta positiva, se practica una ecografía para descartar una gestación intrauterina. Otras exploraciones importantes, que se pueden considerar labor del ginecólogo, se detallan a continuación:

1. DETERMINACIÓN SERIADA DE β -HCG: Los tests actuales, con anticuerpos monoclonales para la detección de HCG en orina, son bastante sensibles y de-

tectan cifras de 50 mU/ml, con una fiabilidad $\geq 90\%$. Cuando el test de embarazo en orina resulta negativo, lo indicado es la *determinación seriada de β -HCG en plasma*.

Conviene recordar que la HCG es sintetizada por el trofoblasto, y es identificada su presencia en suero a los 10 días de fecundación. Consta de dos subunidades α y β . La subunidad- β es específica de la HCG y su sensibilidad, con de las técnicas actuales de radioinmunoanálisis, es ≤ 5 mU. En un embarazo intrauterino de evolución normal, los niveles de β -HCG se duplican cada 2-3 días. Si eso no sucede así, en el 95% de los casos, es señal de que existe alguna involución del embarazo.

En la mayoría de los casos de embarazo ectópico, las cifras de β -HCG se muestran menores o decrecientes, que las de un embarazo normal; lo que se explica por el pequeño volumen que ocupa el trofoblasto y su degeneración progresiva. Se puede afirmar, que existe una alta probabilidad de embarazo ectópico, si los niveles de β -HCG aumentan por debajo del 65%, en el espacio de 48 horas.

2. ECOGRAFÍA: si el test de embarazo o la determinación de β -HCG resultan positivas, se practica una ecografía, para *descartar la existencia de gestación intrauterina*. Con la *ecografía abdominal* suele observarse el saco gestacional intraútero, a partir de la 5ª semana de la última regla normal, y a partir de la 6ª semana es posible observar el polo embrionario y actividad cardiaca. Cuando los niveles de β -HCG son > 6500 mU/ml y no se observa un saco gestacional intraútero, el diagnóstico del ectópico es muy probable. Sin embargo, en el 20% de ectópicos, se observan imágenes falsas positivas, dentro del útero. También se puede observar, la existencia de *líquido en el fondo de saco de Douglas*, cuya presencia puede ser secundaria, entre otros, al ectópico accidentado.

En este sentido, la *ecografía transvaginal* de alta resolución ha supuesto un gran avance en el diagnóstico del ectópico, alcanzando un porcentaje de aciertos del 80%, pudiendo detectar tumores anexiales hasta de 10mm. En el 5% de los casos, es posible apreciar en la masa anexial un saco gestacional y embrión con latido cardiaco. Se puede afirmar, que existe sospecha de Ectópico, si en una mujer que tiene niveles de β -HCG > 3000 mU/ml, la ultrasonografía transvaginal no detecta un saco gestacional intraútero.

3. CULDOCENTESIS: La punción y aspiración del fondo de saco de Douglas, tiene utilidad cuando se sospecha presencia de sangre en la cavidad intraperitoneal. Si

en el aspirado se obtiene sangre que no coagula, indica la existencia de hemorragia intraperitoneal, con un *valor predictivo positivo* del 80-95%. Si bien la causa más frecuente es el embarazo ectópico accidentado, no se excluye la posibilidad de un quiste ovárico roto, un quiste hemorrágico del cuerpo lúteo, un aborto incompleto o de una menstruación retrógrada. El *índice de falsos positivos* es del 5-10%. Con una culdocentesis positiva se puede proceder directamente a una laparotomía.

Si en la culdocentesis se obtiene líquido peritoneal claro, la prueba es negativa pero no descarta la posibilidad un ectópico intacto. El índice de falsos positivos es del 10-15%. Por todo ello, actualmente la culdocentesis se reserva para circunstancias de urgencia, cuando no se puede realizar una ultrasonografía.

4. LEGRADO UTERINO: Se procede a realizar un legrado, si las anteriores exploraciones no son concluyentes. Permite el estudio histológico intraoperatorio del material extraído, y diferenciar entre restos abortivos y endometrio atípico con *signos de Arias Stella*. Si se confirma la atipia, se puede proceder a realizar la Laparoscopia.

5. LAPAROSCOPIA: Si la punción del Douglas resulta negativa o no concluyente, la laparoscopia se considera el procedimiento ideal para diagnóstico definitivo del ectópico, y en ocasiones permite también su tratamiento quirúrgico.

6. OTRAS PRUEBAS: En pacientes sometidas a TRA, se están ensayando otros marcadores hormonales, como la *progesterona* y la *inhibina*, para la vigilancia de un embarazo intrauterino de desarrollo normal, y por tanto también para la detección precoz del embarazo ectópico, en caso en los que las cifras de β -HCG no sean concluyentes. Niveles de progesterona > 25 ng/ml coexisten con un embarazo intrauterino viable, en tanto que los niveles < 5 ng/ml son sugestivos de embarazo no viable. Las cifras comprendidas entre 5 y 25 ng/ml no son concluyentes, lo que reduce la utilidad del marcador.

IV. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La secuencia diagnóstica descrita del embarazo ectópico, permite establecer el diagnóstico diferencial con otros procesos ginecológicos como el aborto, la enfermedad inflamatoria pélvica, el cuerpo lúteo hemorrágico o el quiste de ovario accidentado (por torsión o rotura), además de otros procesos pélvicos como la apendicitis.

1. El *aborto incompleto*, suele presentar un dolor abdominal de tipo cólico central, la metrorragia es igual o superior a la regla y está precedida siempre de amen-

rea. La exploración general no muestra signos de anemia, y si la hay, está en relación con la metrorragia habida. Sin embargo, no es raro que un embarazo ectópico sea diagnosticado de aborto incompleto, y la paciente sometida a legrado uterino, siendo el examen histopatológico el que revela el error diagnóstico.

2. La *enfermedad inflamatoria pélvica* (EIP) es un proceso a menudo bilateral susceptible de tratamiento médico. Se puede diferenciar del ectópico por la clínica, la analítica y en última instancia por la laparoscopia. La clínica revela fiebre y leucorrea y la analítica revela leucocitosis con desviación a la izquierda y ausencia de signos de anemia. Además, la determinación de β -HCG es negativa y en la culdocentesis se obtiene líquido purulento.
3. El *quiste de ovario accidentado* al igual que el *cuerpo lúteo hemorrágico*, suelen presentar el mismo cuadro del ectópico accidentado, con la paciente hemodinámicamente inestable, por lo que es difícil diferenciarlos del mismo. La confirmación del diagnóstico suele realizarse durante el acto quirúrgico. En este caso el error diagnóstico, no tiene trascendencia, dado que el tratamiento de ambos procesos es quirúrgico.
4. Otros procesos pélvicos como la *apendicitis* puede confundirse con el ectópico. En este caso el tipo de dolor localizado en fosa ilíaca derecha con defensa abdominal, la participación de sintomatología gastrointestinal y los signos de un proceso infeccioso apendicular, orientan el diagnóstico.

V. TRATAMIENTO:

El tratamiento del ectópico ha sido siempre quirúrgico y durante mucho tiempo la *salpinguectomía* fue una intervención estándar. La introducción de la laparoscopia ha sustituido la laparotomía, y en un esfuerzo por conservar la fertilidad futura, la *Salpingostomía lineal* ha sustituido la salpinguectomía, en los casos en que no haya daño tubárico extenso.

Por otra parte, los avances en el diagnóstico precoz del ectópico, por medios no invasivos, están impulsando un cambio en el tratamiento del ectópico, sobre todo en mujeres con deseos de procreación. En fechas recientes, la introducción de tratamiento médico mediante metotrexate, ha demostrado ser eficaz, en pacientes seleccionadas con ectópico no accidentado.

El tipo de tratamiento a aplicar, si bien es competencia del médico ginecólogo, conviene señalar los criterios en que se fundamenta. Va a depender de los deseos procreativos de

la mujer, de la forma de presentación del ectópico, accidentado o no, y del estado hemodinámico de la paciente:

a) **Paciente inestable:** El tratamiento es siempre quirúrgico. Se procede a la *laparotomía urgente*, previa estabilización hemodinámica de la paciente. La cirugía suele ser de tipo radical: *salpinguectomía*, que además sigue siendo la más indicada, en el ectópico recurrente y en la paciente con deseos de procreación satisfechos.

La cirugía tubárica conservadora, se puede intentar, en los casos que fuera posible (daño tubárico no extenso, aborto tubárico), en mujeres con deseos de procreación no satisfechos.

b) **Paciente estable:** El tratamiento suele ser de tipo quirúrgico conservador y en los últimos años se ha introducido el tratamiento médico con metotrexate.

- Cirugía conservadora: *Salpingostomía lineal* o *expresión de la fimbria* que se puede realizar per *laparoscopia* programada. Se considera el procedimiento ideal, en mujeres que desean conservar su fecundidad.
- Tratamiento médico con *metotrexate*: se ha ensayado con éxito en los casos de ectópico diagnosticado de forma precoz, sobre todo en pacientes estériles, sometidas a técnicas de reproducción asistida. Está indicado en el ectópico no accidentado < 4 cm., antes de la 5ª semana postfecundación.

Consiste en la administración de metotrexate 1mg/kg./im, cada 2 días (hasta un máximo de 4 dosis), con una pausa de una semana / ciclo. Requiere controles seriados de β -HCG. El tratamiento se interrumpe cuando los niveles β -HCG en dos días descienden ≥ 15 %. Los controles seriados de β -HCG, se prosiguen sin embargo cada semana, hasta que su titulación sea < 5 mU / ml.

El tratamiento conservador así como el tratamiento médico del ectópico, pueden no erradicar por completo el tejido trofoblástico, y dar lugar al *ectópico persistente*, que se da según algunas estadísticas entre el 2 y el 20 %.

La tasa de *embarazos intrauterinos subsiguiente*, se calcula en el 53 % en la cirugía conservadora frente al 49,3 % en la salpinguectomía. La tasa de ectopicos recurrente fueron del 14,8 y 9,9 % respectivamente.

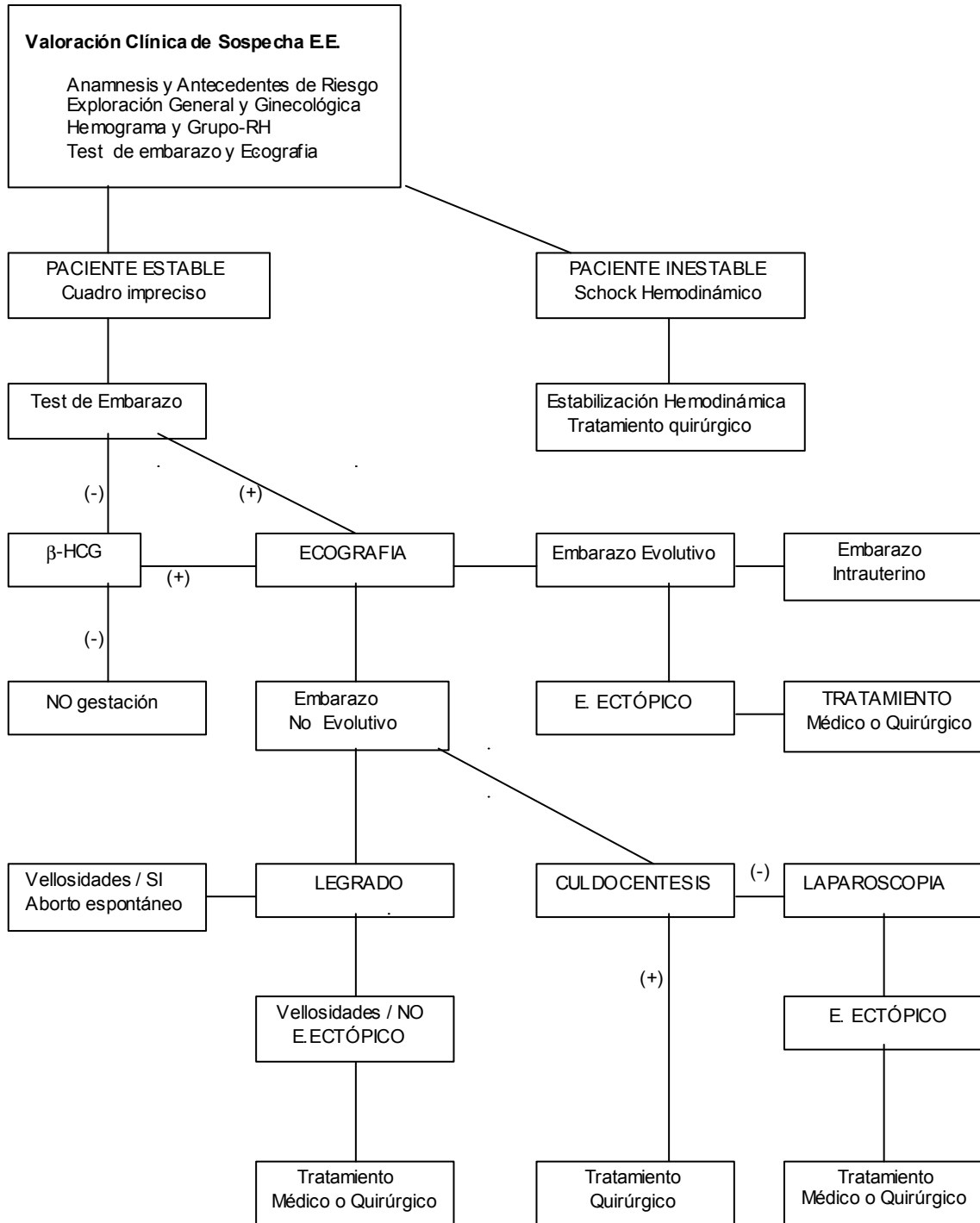
Los estudios han sugerido que el tratamiento conservador puede dar lugar a una tasa de embarazos intrauterinos subsiguiente comparable o mayor que la consecutiva a la cirugía radical, pero la tasa del *ectópico recurrente* también puede ser más alta.

VI. CONDUCTA DEL MÉDICO DE URGENCIAS ANTE LA SOSPECHA DE EMBARAZO ECTÓPICO

Establecido el diagnóstico de sospecha de embarazo ectópico, corresponde al ginecólogo confirmar el diagnóstico e indicar el tratamiento más apropiado a cada paciente. Por lo que la función del médico de urgencias se concreta en:

1. Establecer el diagnóstico de sospecha, como se ha descrito.
2. Avisar al médico especialista.
3. Restaurar la volemia y las constantes vitales de la paciente, si está en estado de shock.
4. Cruzar sangre, mientras se prepara la paciente para el quirófano.

VII. ALGORITMO DIANÓSTICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO



VIII. BIBLIOGRAFÍA:

1. Balasch Cortina, J: Obst. y Gine. Casos clínicos, Vol. 1. Masson-Salvat 1990.
2. Carson Sandra Ann. Diagnóstico y Tratamiento del Embarazo ectópico. Clínicas Obst. y Gine. Vol. 1, 1999.
3. DeCherny, A.H: Embarazo ectópico. Clínicas Obst. y Gyne. Vol. 30, nº 1, 1987.
4. De Tourris H., Henrion R., Delecour M: Gine. Y Obst. Manual ilustrado. Toray-Masson, 1980.
5. Gonzalez-Merlo J., Vanrell J.A., Iglesias Guiu X: Protocolos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y ginecología. Salvat, 1990.
6. Kaiser R., Schumacher G.F.B: Reproducción Humana. Fertilidad, esterilidad y contracepción. Salvat, 1986.

IX. CUESTIONARIO

1. El embarazo ectópico es la implantación del huevo fecundado
 - a. Fuera de la cavidad uterina.
 - b. Fuera del útero.
 - c. En la trompa de Falopio.
 - d. En la cavidad abdominal.
 - e. Todo lo anterior.
2. La incidencia del embarazo ectópico se ha incrementado en las últimas décadas, en los países desarrollados, debido al:
 - a. Aumento de parejas infértiles.
 - b. A la edad tardía del primer embarazo.
 - c. Desarrollo de técnicas de reproducción asistida.
 - d. Todas las respuestas son ciertas.
 - e. Ninguna de las respuestas es correcta.
3. La localización más frecuente del embarazo tubárico es:
 - a. La fimbria.
 - b. La ampolla.
 - c. El istmo.
 - d. El cuerno.
 - e. El cuello.
4. De los embarazos clínicos resultantes de las técnicas de reproducción asistida, los embarazos ectópicos representan:
 - a. Alrededor del 10 %.
 - b. Entre el 5 – 5,7 %.
 - c. Entre el 1 – 3 %.
 - d. Entre el 3 – 5 %.
 - e. Nada de lo anterior.
5. Entre los antecedentes de riesgo que se citan a continuación, hay un factor que no se asocia al embarazo ectópico:
 - a. Esterilización tubárica.
 - b. Embarazo ectópico previo.
 - c. Ovario poliquístico.
 - d. Enfermedad inflamatoria pélvica.

- e. Tabaquismo.
6. La evolución natural del embarazo tubárico es hacia:
- a. El aborto tubárico.
 - b. Rotura tubárica.
 - c. Reabsorción espontánea.
 - d. Todo lo anterior.
 - e. Nada de lo anterior.
7. Entre los signos que se observan en el E.E están:
- a. Hipersensibilidad abdominal.
 - b. Hipersensibilidad anexial.
 - c. Tumoración anexial palpable
 - d. Crecimiento uterino.
 - e. Todo lo anterior.
8. El síntoma más frecuente del embarazo ectópico es:
- a. Dolor abdominal.
 - b. Metrorragia abundante.
 - c. Expulsión de tejidos.
 - d. Síntomas de embarazo.
 - e. Mareo.
9. En el embarazo intrauterino de desarrollo normal la β -HCG, se duplica:
- a. Cada 24 horas.
 - b. Cada 48 horas.
 - c. Cada 24-48 horas.
 - d. Cada 48-72 horas.
 - e. Cada 72-92 horas.
10. En el embarazo ectópico, las cifras de HCG en el espacio de 2 días suelen aumentar:
- a. Por debajo del 65 %.
 - b. Por encima del 65 %.
 - c. Sufren poca variación.
 - d. No suelen modificarse.
 - e. Nada de lo anterior.
11. La ecografía es capaz de detectar un saco gestacional intrauterino a partir de:

- a. La quinta semana postfecundación.
 - b. La quinta semana postimplantación.
 - c. La quinta semana de la última regla normal.
 - d. Entre la quinta y la sexta semana de amenorrea.
 - e. Ninguna de las respuestas es correcta.
12. El porcentaje de embarazos ectópicos, en que se puede identificar por ecografía transvaginal, un saco gestacional y embrión con latido cardiaco, es del:
- a. 5 %.
 - b. 9 %.
 - c. 16 %.
 - d. 20 %.
 - e. Nada de lo anterior.
13. El diagnóstico precoz de sospecha de ectópico se puede establecer, cuando la ecografía vaginal no detecta saco gestacional intraútero y los niveles séricos de β -HCG son:
- a. < 6500 mU/ml.
 - b. > 6500 mU/ml.
 - c. < 3000 mU/ml.
 - d. > 3000 mU/ml.
 - e. Entre 3000-6500 mU/ml.
14. El procedimiento ideal, para el diagnóstico del embarazo ectópico es:
- a. La determinación de β -HCG.
 - b. La ecografía
 - c. La culdocentesis.
 - d. El legrado uterino.
 - e. La laparoscopia.
15. Ante una sospecha de ectópico, una culdocentesis negativa:
- a. Descarta la sospecha.
 - b. Descarta un quiste de ovario roto.
 - c. Descarta un proceso inflamatorio pélvico.
 - d. Descarta todo lo anterior.
 - e. Nada de lo anterior.
16. ¿Qué cifra de progesterona sérica se relaciona con un embarazo no viable?

- a. 5 – 25 ng / ml.
 - b. < 5 ng / ml.
 - c. > 25 ng / ml.
 - d. > 50 ng / ml.
 - e. Nada de lo anterior
17. El diagnóstico diferencial del embarazo ectópico, no se puede plantear con:
- a. El aborto incompleto.
 - b. La salpingitis.
 - c. La apendicitis.
 - d. La endometriosis.
 - e. El quiste de ovario accidentado.
18. El procedimiento quirúrgico más indicado, en un embarazo tubárico, en una mujer con sus deseos procreativos satisfechos es:
- a. La salpingostomía.
 - b. La salpiguetomía.
 - c. La ovariectomía.
 - d. La histerectomía.
 - e. La ligadura de trompas.
19. La salpingostomía lineal es el tratamiento ideal del embarazo tubárico no accidentado en una mujer que:
- a. Desea conservar su fertilidad.
 - b. No desea conservar su fertilidad.
 - c. En el ectópico recurrente.
 - d. En el ectópico persistente.
 - e. Nada de lo anterior.
20. El tratamiento médico con metotrexate, en el embarazo ectópico diagnosticado precozmente, requiere:
- a. Ectópico no roto.
 - b. Ecográficamente < 4 cm.
 - c. Paciente hemodinámicamente estable.
 - d. Controles seriados de β -HCG.
 - e. Todo lo anterior.

21. La tasa de embarazos intrauterinos subsiguiente a la cirugía conservadora del ectópico, se calcula en el:
- a. 9,9 %.
 - b. 14,8 %.
 - c. 45 %.
 - d. 53 %.
 - e. 60 %.
22. La tasa de embarazo recurrente, de la cirugía radical del ectópico, frente a la cirugía conservadora:
- a. Es más alta.
 - b. Es más baja.
 - c. Es casi similar.
 - d. Es igual.
 - e. Nada de lo anterior.

IX.2. RESPUESTAS

1)-a, 2)-c, 3)-b 4)-b, 5)-c,
6)-d, 7)-e, 8)-a, 9)-b, 10)-a,
11)-c, 12)-a, 13)-d 14)-e, 15)-e,
16)-b, 17)-d, 18)-b, 19)-a, 20)-e,
21)-d, 22)-b